

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

PIERRE LAOUËNAN

Né à QUIMPER (Finistère)

le 13 Avril 1906

Les Plaques Muqueuses chez les Syphilitiques Insuffisamment Traités

Président : M^r LOEPER Professeur.

IMPRIMERIE MOUYSSSET

203, Rue d'Alésia, 203

PARIS

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

PIERRE LAOUËNAN

Né à QUIMPER (Finistère)

le 13 Avril 1906

Les Plaques Muqueuses chez les Syphilitiques Insuffisamment Traités

Président : M^r LOEPER Professeur.

IMPRIMERIE MOUYSET

203, Rue d'Alésia, 203
PARIS

1929



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	BRANCA.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie médicale	DE GAUDART D'ALLAI
Pathologie chirurgicale	DOGNON.
Physique	DONZELOT.
Pathologie médicale	ECALLE.
Obstétrique	FEY.
Urologie	GARNIER.
Pathologie expérimentale	GASTINEL.
Bactériologie	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale	GIROUD.
Histologie	HARVIER.
Pathologie médicale	HOVELACQUE.
Anatomie	HUTINEL.
Pathologie médicale	JOANNON.
Hygiène	JOYEUX
Parasitologie	LABBÉ Henri.
Chimie biologique	LAROCHE Guy.
Pathologie médicale	LEMAITRE.
Oto-rhino-laryngologie	LEROUX.
Anatomie pathologique	LEVEUF.
Pathologie chirurgicale	LIAN.
Pathologie médicale	MERCIER Fernand.
Pharmacologie	MONDOR.
Pathologie chirurgicale ..	MOREAU.
Pathologie médicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Pathologie chirurgicale	MULON.
Histologie	OBERLING.
Anatomie pathologique	OLIVIER.
Anatomie	PIÉDELIEVRE.
Médecine légale	PORTES.
Obstétrique	QUÉNU.
Pathologie chirurgicale	RICHET.
Physiologie	SÉZARY.
Dermatologie et syphiligraphie.....	VALLERY-RADOT.
Pathologie médicale	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
BUSQUET.....	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE....	Parasitologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.	RETTERRER.....	Histologie.
LEQUEUX.....	Obstétrique.	ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgic.	LÉRI.....	Clinique médicale.
AUVIAY.....	Clinique chirurgic.	MOCQUOT.....	Clinique chirurgic.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgic.	PROUST.....	Clinique chirurgic.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgic.
LE LORIER.....	Clinique obstétric.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les acci- dents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*En remerciement de tout ce qu'elle
a fait pour moi et en signe de pro-
fonde affection.*

A MES FRERES

A MON ONCLE

M. Charles POUJOL,
Attaché commercial près la légation
de France en Autriche
Officier de la Légion d'honneur
*En remerciement de la sympathie
qu'il nous a toujours témoignée.*

A MES PARENTS ET AMIS

A mon Président de thèse :
Monsieur le Professeur LÖEPER
Professeur de Thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur
*qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A Monsieur le Professeur JEANSELME
Professeur Honoraire de clinique
des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur,

*dont nous avons eu l'honneur d'être
l'élève. En signe de gratitude.*

A Monsieur le Docteur SEZARY,

Professeur agrégé,
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'honneur,

*qui nous a largement ouvert les por-
tes de son service.*

A Monsieur le Docteur Georges LEVY,
Chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis,

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses conseils.*

*En témoignage de notre vive
reconnaissance.*

LES MAÎTRES DES HÔPITALS

Stylo :

- M. le Docteur Huet, en médecine
- M. le Docteur Laine
- M. le Docteur Lemoine

Écrivain :

- M. le Docteur Bess
- M. le Docteur Huet
- M. le Docteur Laine
- M. le Docteur Lemoine
- M. le Docteur Lemoine

LES MAÎTRES DE SAINT-LAZARE

- M. le Docteur Huet, en médecine
- M. le Docteur Laine
- M. le Docteur Lemoine
- M. le Docteur Lemoine
- M. le Docteur Lemoine

Monsieur le Docteur BALLE

En témoignage de notre sympathie

HISTORIQUE

L'étude des accidents tardifs de la syphilis, consécutifs à des traitements insuffisants, a été faite depuis longtemps.

Tout récemment, un travail de la clinique du Professeur agrégé Sézary a été publié sur ce sujet par Roeder.

L'auteur cite de nombreuses manifestations tardives nerveuses ou viscérales survenant chez des malades n'ayant reçu que des traitements légers ou pas assez prolongés.

Il nous a paru intéressant de faire une étude analogue des plaques muqueuses qui surviennent chez les syphilitiques ayant suivi un traitement insuffisant.

Au seul point de vue prophylactique, cette question nous semble digne d'intérêt, les lésions secondaires étant par leur extrême contagiosité le vecteur le plus fréquent des syphilis acquises.

Nous avons étudié l'apparition des plaques muqueuses d'une part chez les syphilitiques n'ayant reçu

qu'une simple cure de blanchiment après le chancre (une ou deux séries de piqûres) et d'autre part chez les malades ayant reçu un traitement plus important pendant six mois, un an ou même dix-huit mois, avec une certaine intensité thérapeutique.

L'accord n'est pas en effet unanime entre les auteurs au sujet de la valeur prophylactique ou thérapeutique des cures de blanchiment. A l'étranger, notamment, existe un optimisme qui nous a paru un peu excessif.

Finger et Jadassohn estiment que deux séries d'injections de sels de la série arsénobenzolique suffisent pour assurer une sécurité prophylactique. Ils disent ne pas connaître de cas de contagion chez des malades suivis deux ans et ayant reçu au début de leur syphilis sept grammes de novarsénobenzol.

Pinkus écrit que, traité au moment de l'apparition du chancre par sept grammes de 606, le malade est stérilisé et de ce fait l'auteur ajoute qu'il ne connaît pas non plus de cas de contamination.

Fordyce pense qu'avec trois séries de novarsénobenzol on écarte le danger de contamination.

De même, Guy affirme qu'avec huit semaines de traitement mixte, on négative 99 % des réactions sérologiques.

Rottmann est aussi affirmatif lorsqu'il écrit qu'une femme, atteinte de chancre avant la grossesse et traitée par une cure de blanchiment à la phase

présérologique, peut être dispensée de traitement pendant la grossesse.

Enfin récemment, en Belgique, a été envisagée une nouvelle organisation de défense contre le péril vénérien par l'institution de la gratuité des médicaments utilisés en clientèle par les médecins pour les cures de blanchiment des malades nécessiteux. Cette idée est basée sur la même confiance thérapeutique en ces cures de blanchiment que celle qui règne chez les auteurs précédemment cités.

D'autres cliniciens sont cependant plus prudents.

Luis Carreva, en Argentine, fait des réserves sur de telles affirmations et Orphanidès publie les résultats de douze années de thérapeutique antisypilitique. D'après sa statistique, 5 % environ des malades traités par une cure de blanchiment présentent plus tard des accidents contagieux.

Dès 1915, Gaucher et ses élèves avaient publié quelques observations de syphilis secondaire des muqueuses apparue après des traitements insuffisants par le 606 ou les sels de mercure solubles.

Gaucher signale, en 1917, le cas d'un malade qui avait reçu à la période du chancre, quatre séries d'injections intraveineuses de 606 et qui présenta huit mois plus tard des plaques muqueuses.

Avec Bralez, il publie l'observation d'une syphilis, datant de quatre ans et demi, traitée au début par 20 pilules mercurielles, 9 injections d'huile grise et 2 injections de 606. Le malade a présenté des lésions

secondaires buccales et génitales 4 ans 1/2 après le chancre.

Gastinel a publié aussi des observations analogues.

Gaucher remarqua dès cette époque la longue période qui séparait, chez plusieurs de ces malades, le chancre de l'apparition des lésions secondaires. Il parle alors de « l'action retardante du 606 ».

Fournier s'est d'ailleurs assez longuement étendu sur la question de l'action retardante du traitement Mercuriel dans son « Traité de la syphilis secondaire tardive ».

Filaretopoulo, d'Athènes, écrivait d'ailleurs en 1900 que ses récidives tardives ont été observées chez des personnes qui ont été soumises à des traitements réguliers.

En 1924, Hudelo et Rabut ont publié des observations de récidives de plaques muqueuses et d'accidents chancriformes survenus chez des syphilitiques traités, dont plusieurs avec assez d'intensité.

Enfin Jeanselme et Georges-Lévy, dans une étude toute récente, signalent la fréquence des plaques muqueuses chez les syphilitiques insuffisamment traités et attirent vivement l'attention du public médical sur la nécessité d'un traitement intensif et suffisamment prolongé.

Cet aperçu historique de la question montre en somme, qu'au sujet de la sécurité prophylactique apportée par les cures de blanchiment, il existe encore des divergences de vue.

CHAPITRE I

FREQUENCE DES PLAQUES MUQUEUSES CHEZ LES SYPHILITIQUES TRAITES

Nous avons examiné pour l'élaboration de ce travail les dossiers de malades ayant été traités au début de leur syphilis, en période présérologique ou, plus souvent, en période de réaction de Bordet-Wassermann positive.

Grâce à l'obligeance de M. le Docteur Georges-Lévy, nous avons pu établir une documentation portant sur l'examen des fiches d'environ 30.000 malades traités dans les services de M. le Professeur Jean-selme et de M. le Professeur agrégé Sézary.

Nous avons naturellement éliminé les arséno-résistants, les bismuthorésistants et les mercuriorésistants. Nous ne tenons aucun compte des accidents survenus, soit en cours de traitement, soit peu de temps après la fin de la cure.

Il est d'une importance capitale de faire une distinction entre les malades qui présentèrent des plaques muqueuses après n'avoir reçu qu'une simple cure de blanchiment et ceux qui ont été mieux traités.

Comme nous le verrons, le pronostic est en effet très différent dans les deux cas.

I. — *Les plaques muqueuses chez les syphilitiques
traités par une cure de blanchiment*

Qu'entend-on par cure de blanchiment ? La généralité des auteurs dénomme ainsi le traitement nécessaire pour faire disparaître les lésions primaires ou secondaires présentées par les syphilitiques et négativer leur réaction de Wassermann dans le sang.

Lorsque, comme c'est le cas le plus fréquent actuellement, c'est le novarsénobenzol qui est utilisé, cette cure de blanchiment comporte en général une ou deux séries d'injections.

Contrairement aux opinions émises par les auteurs que nous avons cités plus haut, nous avons trouvé que chez les syphilitiques ainsi traités, les récidives de plaques muqueuses étaient fréquentes.

Orphanidès, dans un travail statistique portant sur l'examen des fiches de 4.000 syphilitiques suivis pendant douze ans, relève parmi ceux-ci 42 malades qui n'avaient reçu qu'une cure de blanchiment.

Trois présentèrent plusieurs mois après la fin du traitement des plaques muqueuses. Il arrive donc à un pourcentage de 1 % de récidive sur la totalité des malades dont il avait relevé les fiches et à un pourcentage de 7,6 % de récidives sur le nombre des malades n'ayant reçu qu'une cure de blanchiment.

MM. Jeanselme et Georges-Lévy, qui nous ont inspiré ce travail, ont relevé environ 35.000 fiches de syphilitiques traités. Parmi eux ils ont noté 356 cas de récidives de plaques muqueuses soit environ 1 % de la totalité des dossiers examinés, ces dossiers intéressant non seulement les malades insuffisamment traités, mais aussi les malades bien traités et ceux dont la syphilis remontait à de nombreuses années.

On peut évaluer environ à 15 % le nombre des récidives des plaques muqueuses chez les malades qui avaient été traités par une cure de blanchiment.

On peut objecter, il est vrai, que beaucoup de ces malades ont pu être suivis dans le service parce qu'ils ont eu des accidents muqueux qui les ont amenés à venir consulter.

Mais il nous semble qu'en évaluant à 5 % la fréquence des plaques muqueuses chez les malades qui n'ont reçu qu'une cure de blanchiment on est bien près de la vérité : Ce chiffre est en définitive assez voisin de celui indiqué par Orphanidès (7 %).

A) *Malades traités au début de leur syphilis par le mercure.* — La cure de blanchiment par le mercure est aujourd'hui abandonnée au profit du bismuth et des arsénobenzénés.

Mais Fournier a déjà étudié la question des récidives de plaques muqueuses même après des traitements prolongés. Sur 19.000 malades suivis par lui, qui avaient été traités par des cures de blanchiment à base de mercure, 2.000 environ présentèrent des récidives de plaques muqueuses, soit un pourcentage de 10 % beaucoup plus élevé qu'avec le novarsénobenzol.

Nous publions plus loin quelques observations de malades traités par le mercure (cf. obs. 34 à 37).

B) *Malades soumis à des cures de blanchiment bismuthiques.* — Actuellement, le novarsénobenzol, après une phase de faveur thérapeutique prépondérante, tend à son tour à être abandonné par les médecins praticiens au profit du bismuth. Les causes de cette évolution sont multiples : la principale est la crainte des accidents causés par la médication arsenicale (crises nitritoïdes, érythrodermies, etc.).

Il s'y ajoute les inconvénients d'une technique imparfaite des injections intraveineuses.

Ces tendances thérapeutiques ne sont pas sans inconvénients au point de vue prophylactique. Il semble bien, en effet, que les cures de blanchiment par le bismuth ne mettent pas aussi bien les malades à l'abri des récidives de plaques muqueuses, que lorsque l'arsénobenzol est utilisé comme médicament d'attaque.

C'est surtout en clientèle que le bismuth est employé dans ce but.

A l'hôpital, il est plus difficile de trouver des observations de malades traités dès le chancre par le bismuth.

Néanmoins nous avons pu réunir 35 dossiers de syphilitiques ayant reçu de 30 à 40 injections de préparations bismuthiques insolubles (muthanol, curaluès, quinby), sept de ces malades ont eu par la suite

des récidives (cf. observations xxx, xxxi, xxxii, xxxiii). D'après ce nombre, il est vrai restreint, d'observations, il y aurait environ 20 % de récidives muqueuses chez les syphilitiques soignés par une cure de blanchiment de 1 ou 2 séries d'injections de bismuth.

Ce pourcentage est donc plus élevé qu'avec le novarsénobenzol, dont la valeur comme « arme de choc » au début de la syphilis, se trouve ainsi confirmée. Nous avons cru remarquer d'autre part, que la période de silence clinique, qui sépare l'abandon du traitement de l'apparition des plaques muqueuses est moins longue lorsque le bismuth a été employé comme médicament d'attaque, que la période qui suit un traitement par les arsénobenzènes.

Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que tous nos malades ont été traités par des préparations bismuthiques insolubles. Nous n'avons pas tiré de conclusions des cas des malades traité par des cures de blanchiment au moyen des bismuths solubles (oléobismuth-solmuth), dont l'introduction en thérapeutique courante est encore trop récente pour savoir quel est l'avenir de ces malades au point de vue des récidives possibles.

C) *Malades traités au début de leur syphilis par l'arsenic.* — Chez les malades traités par une cure de blanchiment au moyen des arsénobenzènes, la fréquence des récidives de plaques muqueuses est, comme nous l'avons vu, de 5 % environ. Ce résultat est supérieur à celui obtenu avec le bismuth et le mercure.

La fréquence de ces récidives varie d'ailleurs beaucoup selon que la cure de blanchiment a comporté une ou deux séries de novarsénobenzol.

Après une seule série de novarsénobenzol, elles sont beaucoup plus fréquentes (cf. observations i à xix). Sur 50 cas de récidives de plaques muqueuses, nous avons relevé seulement 14 récidives chez des syphilitiques ayant reçu deux séries de piqûres (cf. observations xx à xxix).

En somme, on peut dire qu'environ 30 % des récidives seulement surviennent après la deuxième série d'injections.

D) *Malades soumis au début de leur syphilis à un traitement mixte.* — L'arsenic est donc actuellement le meilleur médicament antisypilitique. Mais comme nous avons dans le bismuth et le mercure d'excellents médicaments adjuvants, il est bon de les utiliser en faisant des traitements mixtes (méthode de traitement arsénobismuthique préconisée par Sézary). C'est en effet dans ces cas que les récidives sont les plus rares après une cure de blanchiment.

E) *Importance de l'état des réactions sérologiques au début de la cure de blanchiment.* — La fréquence des récidives muqueuses ne dépend pas seulement de la nature et de la dose du médicament employé : Elle varie beaucoup aussi selon l'état des réactions sérologiques au moment de l'institution du traitement.

Chez les malades traités en période présérologique, c'est-à-dire en moyenne avant le 15^e jour qui suit l'apparition du chancre, les récidives sont rares.

Sur 356 cas de récidives, 20 seulement intéressaient des malades soignés en période présérologique (cf. obs. xxxviii à xli). Cela montre immédiatement l'intérêt des traitements aussi précoces que possible, en période présérologique.

Ces observations montrent cependant que la simple cure de blanchiment, même entreprise dans les meilleures conditions de réussite (cf. obs. xli de Harald Boas) ne met pas le syphilitique à l'abri des risques de contamination.

II. — Fréquence des récidives muqueuses chez les syphilitiques ayant eu un traitement prolongé.

Tous les malades dont nous venons de citer les observations, n'avaient reçu qu'une cure de blanchiment comportant de 1 à 2 séries de piqûres.

Etudions maintenant les récidives muqueuses chez les syphilitiques traités de façon plus prolongée. Leur fréquence varie selon l'agent thérapeutique employé.

Malades traités par le mercure. — Au temps de l'emploi des sels mercuriels, ces récidives après traitements prolongés n'étonnaient personne. Fournier les a largement étudiées au cours des « syphilis mercurialisées » selon son expression. Il en a observé 374 cas après un an de traitement au moins. Nous en

avons relevé plusieurs observations (cf. obs. XLIII-XLVII).

Malades traités par l'arsenic. — Mais depuis l'introduction en thérapeutique des arsénobenzènes, il semblait que ces récidives étaient un danger définitivement écarté. En réalité, il n'en est rien et si les récidives sont devenues rares après les traitements prolongés, elles n'en existent pas moins.

Parmi les malades que nous avons observés, il en est qui reçurent des traitements réguliers pendant les six premiers mois de leur syphilis. Il est déjà curieux de les voir présenter plus tard des plaques muqueuses. Mais d'autres furent traités beaucoup plus intensivement. Cependant ce traitement prolongé ne les mit pas à l'abri des accidents muqueux. (Obs. XLII à LVII).

Malades traités par le bismuth. — Il en est de même pour les malades traités de façon prolongée par le bismuth et nous concluons en disant qu'aucun des médicaments antisypilitiques actuels ne met à coup sûr à l'abri des lésions contagieuses.

Malades traités par des cures mixtes. — Les échecs des traitements unimédicamenteux s'expliquent sans doute par l'accoutumance de l'organisme et du tréponème au médicament employé, qui perd une partie de son activité thérapeutique initiale. De là la nécessité de varier les médicaments. Par là s'explique aussi que les récidives soient beaucoup plus rares au cours des traitements mixtes.

Ainsi donc le traitement mixte s'impose autant pour le traitement prolongé que pour la cure de blanchiment.

En résumé, les récidives muqueuses de la syphilis après des traitements prolongés sont rares. Mais leur possibilité doit conduire à un optimisme mitigé pour le pronostic de la contagiosité de la syphilis traitée.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE DES ACCIDENTS MUQUEUX CHEZ LES SYPHILIQUES TRAITÉS

Les plaques muqueuses qui surviennent chez les syphilitiques traités n'ont pas d'aspect clinique spécial.

Cependant, en examinant nos observations, on voit la fréquence de ces lésions au niveau de la muqueuse buccale. Les plaques muqueuses génitales et anales se rencontrent beaucoup moins souvent. Fournier l'avait remarqué et écrivait que, dans 100 cas de récidives muqueuses de la syphilis, il y avait 85 cas de récidive au-niveau de la langue.

Ces récidives s'accompagnent parfois d'autres accidents secondaires (Roséole atténuée-syphilides papuleuses, papulocroûteuses, etc...). Mais presque toujours elles sont isolées. Ce fait a un intérêt prophylactique, car il rend le diagnostic souvent difficile, alors que la coexistence de lésions cutanées attire rapidement au contraire, l'attention du malade et des médecins.

Est-il besoin de dire, en conséquence, quel danger social comportent ces syphilis cliniquement atténuées, de symptomatologie réduite, de diagnostic très souvent incertain et par contre éminemment contagieuses.

Les lésions buccales sont prises pour des accidents banaux et les malades vivent sans précautions de la vie commune.

CHAPITRE III

DATE D'APPARITION DES ACCIDENTS MUQUEUX

Classiquement, la période d'apparition des plaques muqueuses au cours de la syphilis non traitée, s'étend du 2^e au 6^e mois qui suit l'apparition du chancre.

Au cours des traitements antisypilitiques, certains accidents muqueux apparaissent pendant le traitement. Ces accidents sont dûs soit à une résistance médicamenteuse, soit à une réaction d'Herxheimer.

Ces cas n'intéressent pas le sujet de notre thèse, dont nous avons écarté les malades arsénorésistants.

Pour ce qui est des accidents muqueux qui surviennent après l'abandon du traitement, il ressort de nos observations que cette période de 2 à 6 mois peut être considérablement augmentée après des cures de blanchiment même très insuffisantes (obs. 4891)

Nous avons pu observer des rémissions de 4 ou 5 ans entre le dernier traitement et l'apparition des accidents muqueux.

Fournier avait déjà étudié cette question et affirmait l'influence retardante exercée par la thérapeutique mercurielle sur l'évolution chronologique habituelle de la syphilis. « Ce sont, écrit-il, les syphilis mercurialisées qui se prolongent dans l'époque tertiaire et qui, à cette époque, traduisent leur survie par des accidents secondaires. »

Fournier remarquait aussi que l'apparition de lésions muqueuses tardives était d'autant plus fréquente que le traitement avait été prolongé. Sur 581 cas de manifestations secondaires tardives, 229 avaient été traités plus de 2 ans, 114 de 1 à 2 ans, 116 moins de 1 an, 92 quelques mois.

Gaucher avait aussi constaté ces faits et publiait des observations analogues dans les Annales des Maladies Vénériennes, en 1917. Il en voyait la cause dans « une action retardante du 606 ». Cette théorie fut d'ailleurs alors vivement critiquée.

Il semble bien cependant que dans la très grande majorité des cas, l'apparition des accidents muqueux soit retardée chez les malades ayant reçu une cure de blanchiment. Leur apparition après 1 an est très fréquente. Les plaques muqueuses, après 2, 3, 4 même 5 ans, ne sont pas rares. Nous en avons noté après la 10^e année (obs. 4611).

M. le Professeur Jeanselme a d'ailleurs publié un cas de récédive après 14 ans.

Avec le 606, il nous a semblé que l'action retardante était particulièrement prolongée même à doses très insuffisantes (obs. 4551).

Avec le bismuth, la récidence la plus tardive que nous ayons observée a été celle d'un malade de M. le Professeur agrégé Sézary, qui avait reçu pour un chancre, en 1920, 25 injections de muthanol et qui présenta des accidents muqueux deux ans plus tard.

Il faut remarquer d'ailleurs qu'il est possible, quoiqu'exceptionnel, de voir chez des malades non traités, des accidents muqueux deux ans plus tard.

Pinkus a rapporté par exemple le cas d'un malade non traité, qui présenta des plaques muqueuses 6 ans après le chancre.

Il nous paraît donc certain que le traitement retarde l'apparition des accidents. Mais il est également certain qu'il y a des syphilis secondaires tardives sans traitement. On peut attribuer ces faits à une atténuation de l'infection syphilitique due soit à la virulence de la syphilis elle-même, soit à l'influence du traitement, qui en fait des syphilis atténuées à évolution ralentie.

En tous cas, il existe de grandes variations dans la date d'apparition des accidents et nous dirons, qu'en moyenne, ils apparaissent chez les syphilitiques traités dans un intervalle variant de 3 mois à 5 ans après le chancre.

On voit immédiatement quelle fausse sécurité peut donner au malade une période silencieuse aussi longue, où l'examen sérologique est souvent négatif.

Après dix ans d'infection, combien peu probable paraît l'apparition de lésions essentiellement contagieuses et combien l'idée de contamination possible est-elle alors loin de l'esprit du malade et même du médecin.

CHAPITRE IV

LES ACCIDENTS MUQUEUX DES SYPHILIS TRAITÉES

ET LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS

De l'étude des accidents éminemment contagieux que sont les plaques muqueuses qui surviennent chez les syphilitiques traités par des cures de blanchiment ou par des cures plus intenses, on peut tirer quelques conclusions au sujet de la prophylaxie sociale de la syphilis.

En somme, 95 % des malades soumis à une cure de blanchiment n'ont pas présenté de plaques muqueuses. Si l'on veut bien penser que ces accidents où le tréponème se trouve en abondance, sont le mode de transmission le plus fréquent de la syphilis, on voit que c'est déjà là, au point de vue social, un résultat appréciable.

Pour prendre un exemple, on comprend ainsi que même la simple cure de blanchiment à laquelle sont soumises les prostituées atteintes de lésions contagieuses, internées à l'infirmerie de Saint-Lazare, soit

déjà une arme estimable dans la lutte contre la syphilis (notons d'ailleurs en passant que, dans ce cas particulier, la plupart des malades continuent à suivre, à leur sortie, leur traitement et que c'est encore dans ce milieu, que les malades se soignent le plus régulièrement).

La possibilité d'éviter par deux séries d'injections d'arsénobenzol les accidents contagieux chez 95 % des malades, a une grande utilité prophylactique car, d'après une statistique faite dans le service de M. le Professeur Jeanselme en 1928, 65 % des malades abandonnent le traitement après la cure de blanchiment.

Ce chiffre est sensiblement le même que celui qu'indique en Allemagne Levin, d'après une statistique portant sur de nombreux dispensaires.

Il y a donc, au cours des traitements prolongés, un déchet de 65 %. Les malades abandonnent le traitement parce que leurs accidents ont disparu et aussi parce que leur réaction de Bordet Wassermann étant négative, ils se croient définitivement guéris. D'où les cas de récidives que nous avons observés.

Chez les malades traités de façon prolongée, l'apparition de plaques muqueuses est plus rare mais existe cependant et MM. Hudelo et Rabut écrivaient, dans les Annales des Maladies vénériennes, en 1918, que même avec les arsénobenzènes, les doses massives et les traitements prolongés ne mettaient pas à coup sûr à l'abri des récidives de syphilis secondaire.

Aussi faut-il être très prudent avant de laisser croire à un malade qu'il ne risque plus de contaminer une partenaire éventuelle. Cette prudence doit s'exagérer lorsque le malade n'a reçu qu'une cure de blanchiment de une à deux séries de novarsénobenzol. Mais même après les traitement plus longs, il faut faire des réserves.

La longue période de silence clinique, qui sépare le plus souvent chez les malades traités l'abandon du traitement de l'apparition de plaques muqueuses, n'en devient que plus trompeuse.

Les tests sérologiques eux-mêmes n'ont pas grande valeur.

Il est unanimement admis qu'une réaction de Bordet Wassermann négative, ne signifie pas que les lésions secondaires n'apparaîtront plus. L'épreuve de la Réactivation se montre positive dans un minimum de cas. Par contre, il est des malades traités avec des réactions de Wassermann irréductibles qui ne font pas d'accidents.

La réaction de Wassermann redevient, il est vrai, positive dans la majorité des cas de récidence secondaire. « Mais les réactions sérologiques peuvent, bien qu'exceptionnellement, être en défaut dans les syphilis cliniquement les mieux caractérisées » (Nicolas et Gaté, Monde médical du 1^{er} septembre 1929). MM. Sézary et Flandin, ainsi que beaucoup d'autres auteurs, ont rapporté des cas de Réactions de Wassermann négatives en pleine syphilis secondaire.

Il n'y a donc aucun test certain de non contagiosité d'un syphilitique traité. L'importance du traitement suivi est encore le meilleur. Sa valeur n'est toutefois pas absolue, puisque nous avons vu des accidents muqueux apparaître après des traitements prolongés.

Une grande prudence reste donc encore la meilleure prophylaxie antisypilitique.

CHAPITRE V

CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES

Les conséquences thérapeutiques découlant de cette étude des récidives muqueuses de la syphilis traitée s'imposent :

Même en n'envisageant que la prophylaxie sociale, abstraction faite de la protection du malade lui-même contre les accidents tardifs nerveux ou viscéraux, il ne faut pas tenter de lutter contre la propagation de la syphilis par de simples cures de blanchiment, c'est là un pis-aller qui conduit souvent à des déboires.

Il est d'une importance capitale de soumettre les malades à un traitement intensif dès le diagnostic de syphilis posé, sans attendre (si la clinique le permet de façon certaine ou si l'examen ultramicroscopique est positif) que la réaction de Bordet Wassermann soit positive. Nous avons vu la rareté des plaques muqueuses chez les syphilitiques dont le traitement d'attaque avait été entrepris dès la période présérologique. Cette idée thérapeutique n'est pas d'ailleurs basée exclusivement sur la clinique et repose aussi

sur des faits expérimentaux rappelés par Georges Lévy dans un récent article (Pratique Médicale Française, septembre 1929) :

« Les lapins, atteints de syphilis expérimentale, qui sont soumis tout au début de leur syphilis à un traitement suffisamment prolongé, peuvent être complètement guéris. En réinoculant à d'autres lapins des émulsions de leurs viscères (foie, rate, moëlle osseuse, ganglions), on ne peut arriver à leur transmettre la syphilis.

Au contraire, lorsqu'il s'agit de lapins traités plus tardivement, on voit que la stérilisation n'est plus possible. En effet, aussi long qu'ait été le traitement, on trouve des tréponèmes dans les ganglions poplités, le foie, la rate, la moëlle osseuse de ces animaux et la réinoculation de ces organes à des lapins sains, provoque l'apparition d'accidents syphilitiques. Ainsi, lorsque la syphilis date de plus d'une vingtaine de jours, la guérison complète ne peut être obtenue. On peut donc déduire de ces faits :

1° Que le lapin ne guérit jamais spontanément de la syphilis.

2° Qu'il ne guérit pas lorsqu'il a été traité tardivement.

3° Que seule l'action stérilisante des arsénobenzènes au début paraît absolue. L'action stérilisante des sels bismuthiques paraît moins certaine d'après les expériences faites.

L'action des sels mercuriels — le lapin supporte d'ailleurs mal le mercure — est nulle.

Ces faits expérimentaux confirment donc la valeur du traitement commencé en période présérologique, déjà prouvée par l'observation clinique.

Quel médicament utiliser pour le traitement d'attaque ?

On donnera la préférence aux arsénobenzènes, qui paraissent avoir une action stérilisante supérieure, à traitement égal, aux autres médications.

Et si l'on réfléchit que près des deux tiers des malades échappent au contrôle médical après deux séries de traitement (statistique de M. le Professeur Jeanselme), on voit l'utilité des traitements intensifs surtout dans la cure d'attaque.

La dose thérapeutique de novarsénobenzol étant limitée souvent par la tolérance du malade vis-à-vis de l'arsenic, les phénomènes d'arsenorésistance absolue n'étant pas d'autre part exceptionnels, il sera bon de faire, dès le début du traitement, une cure mixte arseno-bismuthique. On sera ainsi plus certain d'agir avec efficacité sur le tréponème.

On a dit que ces cures plurimédicamenteuses étaient à écarter parce qu'elles ne permettent pas de voir si le malade est résistant vis-à-vis de l'un des médicaments utilisés. Nous ne croyons pas que cet argument suffise pour faire abandonner les traite-

ments mixtes : il est d'ordre théorique. Faut-il donc attendre, au point de vue pratique, que des accidents contagieux apparaissent au cours du traitement pour changer le médicament employé ?

Le traitement, même pour la seule prophylaxie des accidents secondaires, doit être prolongé. Il faut, en quelque sorte, que le tréponème reste sous l'action continue du médicament. Les traitements abandonnés dès le début, ont des effets des plus néfastes. Il en est de même des doses insuffisantes. Ces cures réactivent la syphilis du malade ou en font un arséno-résistant.

Enfin l'efficacité du traitement et l'évolution de la syphilis seront surveillées par les réactions sérologiques qui restent encore, à défaut de signes cliniques et d'épreuves de laboratoire plus précises, le meilleur guide du traitement.

Pratiquement, les malades soignés dès la période présérologique, seront traités intensivement, en variant la médication, pendant deux ans. Il sera prudent de faire ensuite à intervalles assez rapprochés, des Réactions de Wassermann, qui devront rester négatives.

Lorsque le traitement a été commencé alors que la réaction de Wassermann était déjà positive, la conduite à tenir est discutée. Beaucoup de syphiligraphes ont tendance actuellement à autoriser les syphilitiques régulièrement traités à se marier lorsque la réac-

tion de Wassermann est restée négative pendant deux années consécutives.

M. Georges Lévy pense que ce délai est insuffisant et, se basant sur ce qu'on observe dans le syphilis expérimentale, pense que la stérilisation en période postsérologique n'est pas possible. Il estime que la prudence recommande de faire aux syphilitiques traités à cette période, un traitement prolongé durant leur vie, non pas certes intensivement, mais à raison au moins d'une série d'injections de sels insolubles (bismuthiques ou mercuriels) chaque année. Il n'autorise le mariage de ces malades que lorsque leur réaction de Wassermann est restée négative pendant quatre ans et qu'une ponction lombaire pratiquée à cette époque, montre l'intégrité du système nerveux.

Les malades insuffisamment traités au début de leur syphilis et présentant des plaques muqueuses, seront intensivement traités pendant deux ans et la cure prolongée ensuite à raison d'une ou deux séries par an.

Nous ferons remarquer d'ailleurs que ces idées directrices n'ont rien d'absolu et que la direction du traitement doit être subordonnée autant à la clinique qu'au laboratoire.

Il y a en effet tous les intermédiaires entre les malades insuffisamment traités qui ne font jamais d'accident et les malades bien traités qui en présentent.

Mais nous avons vu qu'il n'y a pas de critérium de guérison de la syphilis. Les exemples nombreux de réinfection ne constituent pas une preuve de guérison. S'agit-il en effet réellement de réinfection ou s'agit-il de superinfection ? Nul ne peut le dire.

C'est donc cette absence de critérium qui amène à prendre des idées directives thérapeutiques comme celles que nous venons d'analyser

OBSERVATIONS

(La plupart de ces observations nous ont été communiquées
par MM. Jeanselme et Georges Lévy.)

*1° Malades ayant abandonné le traitement
après une série de piqûres.*

I. OBS. 10.386. — Chancre induré en 1920 traité par une série
de Novar.

En 1922, un enfant hémiplegique (W++++).

En 1924, un enfant bien portant mais avec W++++.

En 1925, plaques muqueuses buccales.

II. OBS. 569. — Syphilis primaire en août 1916. Reçoit 5 g. 75
de novarsénobenzol, qui négativent le Wassermann et font dis-
paraître les accidents. En juillet 1917, plaques muqueuses buc-
cales avec Réaction de Wassermann positive.

III. OBS. 5390. — Chancre en 1920, traité par 4 g. 50 de no-
varsénobenzol. Plaques muqueuses amygdaliennes en 1921.

IV. OBS. (Dr Lévy Bing). — Chancre en 1925, traité par une
série de novarsénobenzol et bismuth. En octobre 1929, plaques
muqueuses anovulaires. Eruption secondaire polymorphe (Ro-
séo-le-syphilides papulo-squameuses du tronc-syphilides palmaires).
Pas de lésions buccales.

V. OBS. 5.576. — Chancre en avril 1920. Traité par une série de novarsénobenzol. Plaques muqueuses amygdaliennes en septembre 1920.

VI. OBS. 4.439. — Chancre en janvier 1919. Traité par 4 gr. de novarsénobenzol et 20 injections de biiodure de mercure. Plaques muqueuses en février 1920.

VII. OBS. 3878. — Chancre en décembre 1918, traité par une série de 10 injections de novarsénobenzol et 8 injections de mercure. Plaques muqueuses en septembre 1919.

VIII. OBS. 4611. — Chancre en 1919. Reçoit seulement 6 injections de novarsénobenzol. Plaques muqueuses en 1919. (Remarque, chez ce malade, la longueur de l'intervalle séparant le chancre des plaques muqueuses : 10 ans de silence).

IX. OBS. 8636. — Chancre en 1922. Traité par 15 injections de novarsénobenzol. Plaques muqueuses de la verge-ultra positif. Wassermann. Positif en 1929. (Intervalle de 7 ans).

X. OBS. 943. — Chancre en juin 1916, traité par 3 g. 75 de novarsénobenzol. Plaques muqueuses buccales en septembre 1917.

XI. OBS. 9841. — Chancre il y a 6 ans, traité par une série de novarsénobenzol. Présente, après six années de silence clinique, une roséole et des plaques muqueuses.

XII. OBS. 2692. — Chancre en 1917, traité par 10 injections de novarsénobenzol. En 1918, roséole, plaques muqueuses buccales et vulvaires.

XIII. OBS. 1019. — Chancre en 1915, traité par 6 injections de novarsénobenzol. En 1917, plaques muqueuses.

XIV. OBS. 1367. — Chancre en novembre 1915, traité par 5 g. 75 de novarsénobenzol. En mai 1917, plaques muqueuses.

XV. OBS. 1965. — Chancre en 1919, traité par 3 g. 75 de novarsénobenzol associé à du bismuth. En 1921, plaques muqueuses. En 1925, récurrence de plaques muqueuses.

XVI. OBS. 4060. — Chancre en 1919 (mars), traité par 5 piqûres de novarsénobenzol. Plaques muqueuses en septembre 1919.

Voici quelques observations de malades traités par le 606 :

XVII. OBS. 4551. — Chancre en 1914. Reçoit 2 injections de 606. Aucun traitement depuis. En mars 1920, plaques muqueuses linguales. (Remarque, malgré le traitement minime, la longue période intercalaire de 6 ans).

XVIII. OBS. 7635. — Chancre en 1912. Traité par 15 injections de 606. Sept ans après, plaques muqueuses de la verge (ultra et Wassermann positifs).

XIX. OBS. 2987. — Chancre en 1914, traité par 4 injections de 606. Cinq ans après, plaques muqueuses buccales.

*2°) Malades ayant abandonné le traitement
après deux séries de piqûres.*

XX. OBS. 5276. — Chancre il y a 2 ans, traité intensivement pendant 3 mois par le novarsénobenzol. Actuellement, plaques muqueuses vulvaires (ultra+).

XXI. OBS. 7244. — Chancre en 1919, traité par 16 injections de novarsénobenzol et 18 de cyanure de mercure. En 1920, plaques muqueuses buccales.

XXII. OBS. 3672. — Chancre en 1916, traité par deux séries de novarsénobenzol. En 1919, plaques muqueuses buccales.

XXIII. OBS. 13861. — Chancre il y a 6 ans. Traité par deux séries de novarsénobenzol. Actuellement, plaques muqueuses buccales.

XXIV. OBS. 7640. — Chancre en août 1925. Traité par deux séries de novarsénobenzol. Plaques muqueuses buccales en 1926.

XXIV. OBS. 4891. — Chancre en 1917. Traité par une série de novarsénobenzol. Puis par 15 injections de cyanure de mercure. En 1920, plaques muqueuses.

XXVI. OBS. 9163. — Chancre en février 1924. Traité par 2 séries de novarsénobenzol. En septembre 1924, plaques muqueuses vulvaires.

XXVII. OBS. du dispensaire Toussaint Barthélemy. — Chancre en 1923. Traité par deux séries de novarsénobenzol (jusqu'à $0,90 \times 4$) Wass. H8. En septembre 1924, plaques muqueuses buccales Wass. H0.

XXVIII. OBS. du disp. T. B., 10123. — Chancre en 1920, traité par deux séries de 5 g. 75 de novarsénobenzol, la seconde associée au bismuth, Wass. H8. Cinq ans après, roséole, plaques muqueuses Wass. H0.

XXIX. OBS. du disp. T. B. — Chancre en 1924, traité par deux séries de 6 g. 65 de novarsénobenzol Wass. négativé. En 1927, plaques muqueuses buccales.

Voici des observations de malades traités par le bismuth :

OBS. XXX. — Chancre de la lèvre en 1924. Reçoit 0 g. 15-0 g. 30 de novarsénobenzol (crise mitritoïde), puis 32 injections de bismuth. En 1925, plaques muqueuses linguales, roséole.

OBS. XXXI. — Chancre en 1926, traité en ville par deux séries de 15 injections de bismuth. Plaques muqueuses de la verge 8 mois après l'abandon du traitement.

Obs. XXXII. — Chancre en 1927. Ne tolère pas le novarsénobenzol. Reçoit 15 injections de muthanol et 12 injections de Quinby. Après six mois d'arrêt du traitement, plaques muqueuses buccales et génitales.

Obs. XXXIII. — Chancre en 1920. Traité par deux séries de 20 injections de bismuth. Plaques muqueuses en 1921.

Voici des observations de malades traités par le mercure :

Obs. XXXIV. — Chancre induré. Reçoit les 3 premiers mois 45 piqûres de benzoate de mercure; arrêt 3 mois. Reçoit 8 injections de 606. 3 mois plus tard, plaques muqueuses buccales et roséole (Observation de Gaucher).

Obs. XXXVI. — Chancre en 1924, traité par 20 injections de cyanure de mercure et 16 d'arqubéritol. Plaques muqueuses en 1925.

Obs. XXXVII. — Chancre en décembre 1921. Traité par une série de novarsénobenzol (Wass. H8), puis deux séries d'huile grise (Wass. H8). En mars 1924, plaques muqueuses (Wass. H0).

3°) Malades traités en période présérologique.

Obs. XXXVIII. — Chancre apparu depuis 8 jours, ultra positif. Réactions de Wassermann et de Hecht négatives. Reçoit à un mois d'intervalle deux séries de novarsénobenzol (6 gr.). Plaques muqueuses 6 mois après abandon du traitement.

Obs. XXXIX. — Mme L. T. Chancre de la lèvre inférieure en 1926, ultra positif. Wassermann et Hecht négatifs. Reçoit 2 séries de novarsénobenzol (4 g. 75-5 g. 85), 1 série de muthanol. En 1928, roséole, plaques muqueuses buccales et vulvaires.

Obs. XL. — M. M. B. Chancre de la verge apparu depuis 7 jours chez un malade ayant pris du tréparsol à titre préventif. Ultra positif. Wass. et Hecht négatifs. Reçoit en un an 3 séries

de novarsénobenzol et une série de curalucés. Plaques muqueuses buccales huit mois après abandon du traitement.

Obs. XLI. — (Obs. d'Harald Boas-Dermat-Wochenschrift, 1916). Deux malades furent traités dès l'apparition du chancre, par une cure intense et combinée de salvarsan et de mercure. La réaction de Wassermann avait toujours été négative. Elle redevient positive pour l'un des malades 2 ans et demi, pour l'autre 3 ans après la fin du traitement, tandis qu'apparaissaient des plaques muqueuses génitales.

4°) *Malades ayant suivi un traitement prolongé.*

Obs. XLII, 7.144. — Chancre en 1919, traité par 4 séries de novarsénobenzol. Plaques muqueuses en 1921.

Obs. XLIII. 2844. — Chancre en 1912, traité par 3 séries d'arsénobenzène. En 1916, plaques muqueuses buccales. Le malade reçoit alors 20 injections de novarsénobenzol et 110 injections de biiodure de mercure. Ce traitement n'empêche pas l'apparition de plaques muqueuses linguales en 1918.

Obs. XLIV (63). — Chancre en septembre 1915. Traité par 3 séries de novarsénobenzol et 3 séries de benzoate de mercure. Plaques muqueuses en 1917.

Obs. XLIV (4597). — Chancre il y a 6 ans, traité par le novarsénobenzol pendant six mois régulièrement. Plaques muqueuses après 6 ans de silence clinique.

Obs. XLV. (Observation de Gaucher. A. M. V. 1917, p. 140). — Chancre en 1915, traité par 4 séries de 606. Plaques muqueuses 8 mois après la fin du traitement.

Obs. XLVI (9634). — Chancre en 1920, traité pendant la première année par 5 séries de novarsénobenzol jusqu'à 0,90. En avril 1929, plaques muqueuses linguales.

Obs. XLVII (7633). — Chancre en 1914. Traité pendant deux ans par le benzoate de mercure, à raison de 15 piqûres par mois. En 1917, plaques muqueuses et syphilides palmaires. (Noter chez ce malade la durée du traitement. Il est vrai que l'arsenic n'avait pas été employé pour traitement d'attaque).

Obs. XLVIII. — Chancre en 1919. Traité par 4 séries de novarsénobenzol. Plaques muqueuses en 1921.

Obs. XLIX., 1969. — Chancre en 1919, traité régulièrement 8 mois par le novarsénobenzol et le bismuth. Plaques muqueuses en 1921.

Obs. L. (D. T. B.). — Chancre en 1921, traité pendant un an par 4 séries de novarsénobenzol jusqu'à 0,90 et une série de curalues. Wss. H8. En 1925, Wass. H0. Plaques muqueuses buccales.

Obs. LI. (D. T. B.). — Chancre en 1923, traité pendant 14 mois régulièrement (3 séries de novarsénobenzol, 3 séries de bismuth). Plaques muqueuses en 1926.

Obs. LII. (Malade de M. Rabut). — Traité par 3 séries de novarsénobenzol dont 7×90 et $5 \times 1,05$. Trois mois après la dernière injection, plaques muqueuses buccales.

Obs. LIII (observation publiée par M. Rabut). — Chancre en mars 1919. W.H0. Reçoit : 3 gr. 95 de novarsénobenzol + 20 injections de biiodure de mercure. 2^e série de novarsénobenzol (15-30-45-60-75 $\times$ 5). Wass. H8, repos 6 semaines. 3^e série de novarsénobenzol (15-30-45-60,75 $\times$ 4). W.H8. 6 semaines de repos. 4^e série de novarsénobenzol (25-30-45-60,75 $\times$ 5). Un mois après, plaques muqueuses buccales 5^e série de novarsénobenzol (15-30-45-60,75 $\times$ 5) et 20 cyanures de mercure. Les lésions disparaissent pour réapparaître 4 semaines après arrêt du traitement.

Le malade avait reçu un traitement important. Il en est de même des trois malades suivants :

Obs. LIV (D. T. B. 1433). — E., traitée en juin 1920, par : 5 g. 80 de novarsénobenzol ; en novembre 1920, 3 g. de novarsénobenzol ; en janvier 1921, 4 gr. Wass. H8 ; août 1921, 4 g. de novarsénobenzol, Wass. H8 ; août 1922, 5 g. 75 de rhodarsan. En 1922, plaques muqueuses.

Obs. LV (D. T. B. 7641). — Chancre en août 1925. Wass. H0. Reçoit aussitôt 5 g. 75 de novarsénobenzol, Wass. H8 H2 ; puis 3 g. 75 de novarsénobenzol, Wass. H8 H3 ; puis 6 gr. de novarsénobenzol (1926), puis 5 gr. 85 de novarsénobenzol (1926) Wass. H8 H5. En juin 1927, papules de la verge et plaques muqueuses buccales, Wass. positif total. Reçoit alors 10 injections de bismuth, qui font disparaître les lésions (juin 1927).

Obs. LVI, 10751 (D. T. B.). — Chancre en octobre 1927, Wass. et H + + + +. Octobre-novembre 1927, une série de novarsénobenzol (3 g. 75) W. H8 H3 ; déc. 27, janv., février 28, série de novarsénobenzol (5 g. 25). Le Wass. est de nouveau positif en mars 1928. Reçoit alors trois autres séries de novarsénobenzol de 6 g. 75, qui négativent à nouveau le Wassermann.

En février 1929, le malade présente cependant des plaques muqueuses génitales.

Obs. LVII (Malade traité pendant 20 mois à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Marcel Pinard, et à l'Institut prophylactique). — Chancre de la lèvre inférieure en octobre 1926 (ultra et Wass. positifs). Reçoit aussitôt une série de 7 g. 50 de novarsénobenzol (1 mois de repos). 2^e série de 6 gr. de novarsénobenzol + 6 muthanols, Wass. H8 (2 mois de repos). 3^e série de 6 gr. de novarsénobenzol + 12 injections de muthanol W.8 H8 (2 mois de repos). 4^e série de 6 gr. de novarsénobenzol, terminant la première année de traitement. La seconde année, il reçoit une série novarsénobenzol de 6 gr. + 12 injections de Quinby ; repos de 2 mois. Enfin en mai 1927, 20 injections de cyanure de mercure

Le malade fait alors une typhoïde et cesse le traitement. Six mois plus tard, en décembre 1928, apparition de plaques muqueuses linguales et de syphilides papuleuses. Wass. de nouveau positif. Ce malade, traité par un traitement mixte et régulier, a présenté des accidents contagieux au 26^e mois de l'infection.

De telles observations sont évidemment peu fréquentes et nous les citons pour montrer le danger que constitue pour les malades et surtout son entourage, la fausse sécurité donnée par le traitement.

5^o) *Récidives muqueuses tardives*
au cours de syphilis traitées.

O^e. LVIII. 4891. — Chancre en 1917. Traité seulement par 7 piqûres de novarsénobenzol et 10 de cyanure de mercure. Plaques muqueuses en 1920.

Obs. LIX. — Chancre en 1920. Traité par 10 piqûres de novarsénobenzol. Plaques muqueuses en 1925.

Obs. LX. 4551. — Chancre en 1914. Ne reçoit que 2 injections de 606. En 1920, plaques muqueuses linguales.

Obs. LXI. 4611. — Chancre en 1919. Traité par 6 injections de novarsénobenzol. En 1929, plaques muqueuses buccales.

Obs. LXII. — Chancre en 1924. Traité par une série de novarsénobenzol (5 gr. 75). Plaques muqueuses en 1927.

Obs. LXIII. — Chancre en 1920. Traité par 25 injections de muthanol. Plaques muqueuses en 1922.

CONCLUSIONS

1° Les cures de blanchiment ne mettent pas les syphilitiques à l'abri des accidents des muqueuses, qui apparaissent chez cinq pour cent environ d'entre eux.

2° Les traitements plus prolongés donnent une sécurité plus grande mais non absolue. Même après un an de traitement régulier, l'apparition d'accidents contagieux est possible.

3° Les accidents muqueux sont en général retardés chez les syphilitiques traités. Leur date d'apparition est variable et plus ou moins rapprochée du début de la syphilis.

4° Il n'est pas possible, en se basant sur les réactions sérologiques même répétées, d'affirmer qu'un syphilitique ne présentera pas un jour des lésions contagieuses.

5° La meilleure sécurité est donc donnée par les traitements précoces, intensifs, prolongés et surveillés.

Vu : Le Doyen,
H. ROGER.

Vu : Le Président,
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- Audry.* — Les guérisons retardées de la syphilis (Annales des Maladies vénériennes, 1918).
- Bory.* — Valeur actuelle de nos moyens de lutte contre la syphilis. (Concours Médical, mars 1928).
- Bralez.* — Récidives d'accidents après le 606. (Annales des Maladies vénériennes, 1915).
- Bralez et Arion.* — Comment on stérilise la syphilis par le 606. (Annales des Maladies Vénériennes, 1916).
- Luis Carreva.* — Les cures de blanchiment. (Pressa Médica Argentina, avril 1926).
- Filaretopolo.* — Les récidives secondaires de la syphilis. (Indépendance Médicale, Athènes, juin 1900).
- Finger.* — (Presse Médicale, 23 mars 1928, analyses).
- Alfred Fournier.* — Traité de la syphilis secondaire tardive.
- Gastinel.* — Accidents tardifs après le 606. (Annales des Maladies Vénériennes, 1917).
- Gaucher.* — Accidents secondaires après le 606. (Annales des Maladies Vénériennes, 1917).
- Gougerot.* — La syphilis en clientèle
- Habermann.* — Les effets du traitement antisyphilitique. (Deutsche Wochenschrift, T. 85, n° 52).
- Harald Boas.* — Deux cas de récidives tardives après cures abortives chez des malades en période présérologique. (Dermatologische Wochenschrift, Nr 37 septembre 1916).

- Hudelo et Rabat.* — Les récidives de la syphilis secondaire et les accidents chancrifformes chez les syphilitiques traités. (Presse Médicale, 10 septembre 1924).
- Jadassohn.* — Les cures de blanchiment. (Médizinische Klinik, T. XXIII, n^{os} 4 6et 47, nov. 1927).
- Jeanselme, Vernes et Bloch.* — Le traitement insuffisamment prolongé de la syphilis et ses fâcheuses conséquences. (Société médicale des Hôpitaux, 1915).
- Laurent.* — Ecllosion d'accidents après des cures de Novar. (Loire Médicale, mai 1928).
- Lévin.* — Le pourcentage des syphilitiques bien traités. (Berliner Klinische Wochenschrift, 1919).
- Georges Lévy.* — Guérit-on de la syphilis ? (Pratique Médicale française, septembre 1929).
- Nicolas et Gaté.* — La sérologie a-t-elle modifié le problème de diagnostic et du traitement de la syphilis. (Monde Médical 1^{er} septembre 1929).
- Nicolas et Charlet.* — La réaction de Wassermann chez les syphilitiques traités. (Annales de Dermatologie, 1912).
- Orphanidès.* — Douze années de thérapeutique antisymphilitique (Annales des Maladies Vénériennes, 1926).
- Pinkus.* — Les cures de blanchiment. (Médizinische Klinik, T. XXII, n^o 46).
- Ræder.* — Les traitements insuffisants au début de la syphilis. (Thèse Paris 1929).
- Rottmann.* — Le traitement de la syphilis à la période présérologique. (Dermatologische Zeitschrift, 1928).
- Watrin.* — A propos de l'arsénorésistance. (Société de Dermatologie, juin 1928).



